

107
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 janvier 1889, à 1 heure

Par JEAN-ARTHUR MÉDAIL

Né à Tourtrès (Lot-et-Garonne), le 28 janvier 1863

HYPERTROPHIE DE LA RATE

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE DANS LA TUBERCULOSE DU PREMIER-ÂGE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { TRÉLAT, professeur.
LANDOUZY, RECLUS, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY
	GUYON.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
LEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

HYPERTROPHIE
DE LA RATE
SA VALEUR DIAGNOSTIQUE
DANS
LA TUBERCULOSE DU PREMIER-AGE

Nous avons puisé l'idée de ce travail dans l'enseignement de M. Landouzy : les matériaux en ont été recueillis, en partie, dans son service de crèche de l'Hôpital Tenon, où nous avons pu, pendant quelques mois, pour nous trop courts, profiter de sa précieuse direction. M. Landouzy nous a témoigné le plus bienveillant intérêt : qu'il nous permette de lui en exprimer notre vive reconnaissance. Nous devons remercier encore MM. Nicolle et Lesage, internes des Hôpitaux : avec la plus parfaite bonne grâce ils ont mis à notre disposition, l'un sa compétence bien connue en micrographie, l'autre les résultats de son habile observation.

« Il est certain que l'on pourrait soupçonner, non affirmer l'existence de la tuberculose, dans les cas où il existe une tuméfaction aiguë, douloureuse de la rate, parce que la tuberculose aiguë s'accompagne de tuméfaction aiguë simple de la rate à la manière des typhus. » Ainsi s'exprime M. Besnier parlant de la tuberculose en général dans son article « Rate » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

En 1886, M. Landouzy (1) s'occupant d'une façon particulière de la tuberculose du nouveau-né, en signalait la fréquence jusqu'alors trop méconnue. Dans le tableau très complet qu'il traçait de la maladie, il signalait surtout ses allures infectieuses, sa marche rapide, sa tendance à la généralisation. La rate pour lui comptait parmi les organes le plus souvent infectés, et son hypertrophie devenait un élément de diagnostic. Cette précieuse constatation était confirmée peu à près par M. le professeur Damaschino (2), lui aussi avait vu la rate parmi les nombreux organes remplis de granulations chez les nouveau-nés tuberculeux. La même année le Dr Queyrat, élève de M. Landouzy, faisait sur la tuberculose du

1. *Société Médicale des Hôpitaux*, avril 1886. Communication de MM. Landouzy et Queyrat.

2. *Société méd. des Hôpitaux*, 17 avril 1886.

premier âge, sa thèse inaugurale (1). Il y notait avec soin l'hypertrophie de la rate et donnait à sa constatation clinique une large part dans le diagnostic.

Le Dr Angel Money dans le commentaire fort judicieux dont il fait suivre une observation publiée en 1885 par le « *British medical journal* » et reproduite par Queyrat, émet cette idée que l'augmentation de volume de la rate est un signe de grande importance dans le diagnostic de la tuberculose infantile. »

Nous avons recherché quelle était sur ce sujet l'opinion des classiques. Bazin (2), Bouchut (3), Rillet et Barthez (4), d'Espine et Picot (5) ont trouvé la rate soit grosse, infestée de tubercules, dans les diverses affections tuberculeuses du nouveau-né, mais ils n'attachent pas à ce fait d'intérêt clinique ; seul Henoch parmi les auteurs aujourd'hui les plus consultés, fait de l'hypersplénie dans la tuberculose miliaire un signe qu'il met à côté de ceux fournis par l'auscultation, la marche de la température et l'excitation cérébrale.

Dernièrement, M. le Dr Leroux (6) publiait un certain nombre d'observations de Parrot, où l'hypertrophie de la

1. Queyrat. Th. doctorat, 1885-89. *Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge.*

2. *Traité de la Scrofule*, Paris, 1861, p. 418.

3. Bouchut. *Maladies des nouveau-nés*, etc...

4. Rillet et Barthez. *Maladies des enfants*, t. III, p. 860.

5. D'Espine et Picot. *Maladies des enfants*, p. 573.

6. Leroux. *In Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, Masson, 1888, Tome II, Fasc. I.

rate chez les nouveau-nés tuberculeux est notée le plus souvent, mais seulement à l'autopsie.

Passant maintenant des données de la pathologie humaine aux résultats de la médecine expérimentale, nous pourrions citer les expériences par lesquelles MM. Landouzy et H. Martin (2) ont montré que les générateurs pouvaient transmettre à leurs produits « non pas seulement le terrain tuberculisable, mais la graine tuberculisante. » Dans ces expériences, tous les cobayes qui succombaient aux progrès d'une tuberculose généralisée, ou qu'on sacrifiait en pleine évolution tuberculeuse, avaient des rates grosses ou infestées de granulation.

C'est donc un fait anatomique acquis un grand nombre de fois chez le nouveau-né, l'infection tuberculeuse prend la rate. Ce fait, on le retrouve quelquefois et dans des conditions particulières chez l'adulte, d'une façon plus constante chez les animaux tuberculeux. Chez le nouveau-né, sa constatation est presque la règle : nous verrons plus loin sous quelle forme et dans quelle proportion.

Mais de cette donnée générale nous est-il déjà permis de tirer une conclusion ? Cette tendance à se porter sur la rate, est, comme on sait, un caractère distinctif des maladies infectieuses. Nous sommes donc autorisé à

2. *Revue de médecine*, 1883, p. 1014. *Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose* par L. Landouzy et H. Martin.

Études expérimentales et cliniques sur la Tub. Paris, Masson, 1887. Fascicule I « *Sur quelques faits expérimentaux relatifs à l'histoire de l'hérédité-tuberculose. Inoculation de sperme de cobayes tuberculisés* » par MM. L. Landouzy et H. Martin.

suivre M. Landouzy (1) quand dans son enseignement et ses publications, il constate que chez le bébé, la tuberculose tend d'ordinaire à mieux garder (que dans la seconde enfance) ses allures de maladie générale. D'autant plus que « ne poussant ni fort avant, ni profondément » ses localisations, elle les étend à l'économie presque entière, sans respecter aucun viscère. Ces observations sont aussi celles qu'a faites M. Damaschino (2).

Quand la tuberculose évolue sur ce terrain spécial de la première enfance, c'est donc sa nature essentiellement infectieuse qui d'ordinaire prime ses autres caractères. C'est à ce titre que M. Landouzy croit pouvoir faire rentrer la tuberculose dans l'étiologie de certaines des affections broncho-pulmonaires si fréquentes chez le bébé, et que jusqu'ici, faute d'en savoir la cause on étiquetait « *a frigore* ». Les examens bactériologiques qu'on a faits dans ces cas, ont bien montré que si ce n'était pas toujours, c'était beaucoup plus souvent qu'on n'aurait pu le soupçonner même après autopsie faite que le bacille était en cause (Thaon) (3).

C'est au même ordre d'idées qu'appartient la fièvre tuberculeuse (4), dont l'observation rapportée par Queyrat

1. *Loc. cit.* De la fréquence de la tuberculose du premier âge (*Revue de Médecine*, 1887). Cours d'Hygiène de la Faculté, 1885. — Conférence de Pathologie générale de la Faculté, 1887 — Communications au congrès pour l'Étude de la tuberculose, 30, 31 juillet 1888 — *Revue d'Hygiène*, 20 septembre 1888

2. *Loc. cit.* et *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 21.

3. *Revue de médecine*, décembre 1885, p. 1014.

4. *Note sur la tuberculose infantile* par MM. Landouzy et Queyrat. Société médi. des hôpitaux, avril 1886.

serait un exemple. S., Adèle, quatre mois, entre à l'hôpital en apparence bien portante, avec sa mère malade (phthisique avérée). En deux jours l'enfant meurt au milieu des convulsions avec fièvre et diarrhée verdâtre. A l'autopsie psorentérie, quatre ganglions caséeux, et dans ces ganglions des bacilles. Les autres organes macroscopiquement indemnes sont déclarés sains.

Les faits cliniques semblent accumulés ici pour confirmer cette séduisante hypothèse.

Les progrès de la bactériologie en feront un jour une certitude, rendant ainsi justice au grand sens clinique de M. Landouzy, et à la haute portée de ses vues générales.

En dehors de ces questions d'étiologie dont certes l'importance est grande, personne n'a déterminé exactement quel profit la clinique pouvait tirer de l'hypertrophie de la rate. Cependant la tuberculose est loin d'être toujours facile à découvrir chez le bébé, et la conquête d'un symptôme, n'est point chose à dédaigner.

L'hypertrophie de la rate peut-elle chez le petit tuberculeux fournir un signe au clinicien, quelle est la valeur de ce signe ? Tels sont les points que nous avons cherché à établir. Heureux si ce travail a pour résultat pratique de faciliter dans quelques cas, le diagnostic de la tuberculose du nouveau-né!

II

Il nous a paru indispensable, pour donner une base à cette étude, de rechercher combien de fois pour un nombre donné de bébés tuberculeux autopsiés on trouve la rate grosse.

Voici tout d'abord les chiffres que nous estimons représenter d'une façon approximative le poids de la rate normale aux différentes époques de la vie de l'enfant pendant les deux premières années. Nous considérons l'organe comme hypertrophié dès que son poids dépasse ces chiffres d'une façon notable.

Avant un mois	le poids de la rate oscille entre	6 gr. et 10 gr..
Entre 1 mois et 4 mois	»	10 et 16
» 4 mois et un an	»	10 et 20
» 1 an et 2 ans	»	20 et 30

Nous avons adopté ces chiffres d'après Frerichs (1) et d'après Parrot (2). D'après aussi les résultats qu'a obtenus M. Lesage à la crèche de Saint-Antoine et aux Enfants assistés et qu'il a bien voulu nous communiquer, et enfin d'après quelques pesées faites dans le service de M. Landouzy.

1. Frerichs, cité par Besnier. in. art. *Rate*, du *Dict. Encycl. des Sc. med.*, p. 457.

2. *Syphylis héréditaire et Rachitis*, p. 63, p. 90.

Voici maintenant, ces chiffres étant pris comme point de repaire, le résultat de notre enquête :

1° 18 observations prises à la crèche de l'hôpital Tenon dans le service de M. Landouzy, pendant l'année 1888. Les bébés tuberculeux qui en font l'objet avaient au moment de leur mort entre 3 mois et deux ans. Sur ces 18 autopsies 11 fois on a trouvé la rate grosse. Parmi les 7 non hypertrophiées trois sont néanmoins notées comme présentant soit des tubercules, soit de la péricéplé-nite, ou même une augmentation apparente de volume (Observation I à XIX).

2° 11 observations de tuberculose chez le bébé que nous devons à l'obligeance de M. Lesage; 9 fois la rate est grosse. Sur ces 9 fois, 6 fois elle est manifestement tuberculeuse, une fois elle a été incomplètement examinée à ce point de vue, une fois elle a été trouvée indemne, enfin une fois elle présentait des granulations qu'on avait d'abord crues tuberculeuses, mais qui au microscope n'étaient que de petits noyaux de sclérose (Obs. XX à XXX).

3° Dans les observations publiées par M. le Dr Leroux et dues à Parrot, il n'est fait mention ni du volume ni du poids de la rate; mais sur 51 cas de tuberculose du bébé la rate a été notée tuberculeuse 38 fois. Il est permis de penser que sur ces 38 cas une bonne part doit-être faite à ceux où il y avait de l'hypertrophie.

Disons maintenant brièvement et bien que cela n'intéresse pas directement notre sujet, sous quelle forme la tuberculose retentit sur la rate. On trouve quelquefois des rates simplement grosses, sans lésions tuberculeuses ap-

parentes. A la coupe on voit une coloration lie de vin très prononcée, et des corpuscules de Malpighi très saillants. Le microscope décèle quelquefois la présence de granulations de Koster, ou une infiltration embryonnaire des corpuscules : nous ne croyons pas qu'on y ait jamais trouvé ou même recherché des bacilles. D'ailleurs ces cas sont rares ; le plus souvent les lésions sont déjà très apparentes quand on trouve la rate grosse. Ce sont ou bien des plaques de périsplénite, ou bien des granulations apparaissant à travers la capsule, sur les deux faces, ou qu'on retrouve à la coupe disséminées dans la pulpe à côté des corpuscules de Malpighi saillants. Dans un cas ces granulations qui paraissaient typiques à l'œil nu, étaient reconnues au microscope n'être qu'un petit noyau de sclérose (Obs. XXIX).

III

La rate est accessible au clinicien de deux façons : par la percussion et par la palpation. Mais disons tout de suite que, chez le bébé, nous donnons la préférence à la palpation. La percussion donne bien même à l'état normal une surface de matité, mais vraiment c'est un jeu de patience que de la chercher, et encore, que de causes d'erreur résultant de l'expansion pulmonaire exagérée dans le cri d'une part, d'autre part, de la dilatation gazeuse de l'estomac ou de l'intestin si fréquente à cet âge. La percussion est donc un moyen à notre avis trop souvent infidèle : nous dirons néanmoins les résultats qu'elle nous a paru donner à l'état normal, mais brièvement, et presque en nous en excusant. La matité, toute relative d'ailleurs, mesure un travers de doigt de hauteur environ, empiétant sur la onzième, dixième et neuvième côte. Sa limite antérieure est sur une ligne partant de l'extrémité antérieure de la onzième côte et se dirigeant vers le mamelon. Sa longueur dans le sens antéro-postérieur est de deux à trois centimètres. Mais nous le répétons c'est là une constatation trop minutieuse, pour les conditions habituelles de la clinique infantile. Aussi la percussion nous a-t-elle rarement permis d'être affirmatif. Peut-être aurait-elle plus d'utilité si comme dans les grosses hypertrophies paludiques, la rate remontait vers le thorax, mais elle perd de sa valeur quand il s'agit d'apprécier la limite inférieure

de l'organe. A ce niveau on est gêné par la sonorité de l'estomac ou du gros intestin.

Cet avis est celui d'Henoch (1): « En général les affections de la rate ne se laissent reconnaître avec certitude que lorsqu'elles donnent lieu à une tumeur palpable dépassant plus ou moins le rebord costal gauche. Je dis expressément palpable parce que je n'ai pas une confiance absolue dans la percussion seule, du moins chez les enfants.... ».

La palpation est donc le procédé de choix pour explorer la rate chez l'enfant ; on peut même poser en principe que dès qu'on sent la rate par la palpation elle est augmentée de volume. Le meilleur moyen pour faire cette exploration, c'est d'appliquer la pulpe du pouce parallèlement au rebord costal au niveau de l'extrémité antérieure de la onzième côte et de déprimer la paroi. Suivant que l'augmentation de volume est plus ou moins considérable, on sent ou une petite masse régulière, aplatie, résistante, ou une languette que va heurter le doigt en se recourbant en crochet derrière le rebord costal.

Le météorisme peut, en dilatant le gros intestin, rendre cette exploration impossible : de même un épanchement abdominal en refoulant l'organe splénique vers le thorax.

Un épanchement pleural l'abaisse au contraire et peut faire croire à une hypertrophie quand il n'y en a pas, ou la faire croire plus considérable qu'elle n'est en réalité.

Si l'enfance, c'est ce qui arrive très souvent, l'examen

1. Henoch. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. Traduction de Hendrix. Paris, Savy, 1885, p. 454.

par la palpation est encore possible : on attend, le doigt appliqué contre le bord costal, qu'un mouvement inspiratoire se produise. La paroi abdominale se laisse alors déprimer, et la rate devient accessible. En y mettant un peu de patience et répétant cette manœuvre plusieurs fois de suite on se rend bien compte que c'est elle que l'on a sous le doigt.

Quelquefois on a pu voir la rate augmentée de volume faire saillie dans l'hypochondre gauche. Mais on ne doit pas compter sur ces cas absolument exceptionnels. Sur les dix cas de M. Lesage. (Obs. XIX à XXVIII), l'examen clinique a permis 4 fois d'affirmer l'hypertrophie de la rate : l'examen nécropsique l'a constatée huit fois. Plus d'une fois l'examen clinique a été gêné si non empêché par le tympanisme ou la distension des parois abdominales. On doit faire remarquer que les cas où l'hypertrophie s'est révélée cliniquement, étaient ceux où elle atteignait un degré assez considérable.

Pour résumer ce chapitre nous dirons : la rate quand elle est grosse est perceptible par la palpation et par la percussion : plus sûrement et plus facilement par la percussion. Pour que son hypertrophie se révèle il faut qu'elle ait atteint un certain degré. Les deux cinquièmes des bébés tuberculeux environ ont une rate qui se révèle cliniquement grosse. Obs. XIX à XXVIII.

IV

La tuberculose, disions-nous plus haut, n'est pas facile à découvrir chez le nouveau-né. S'il nous fallait une preuve, il suffirait peut-être de rappeler le préjugé longtemps régnant de son extrême rareté. A cela rien d'étonnant : nous n'avons plus ici les signes caractéristiques qui dénoncent la phthisie de l'adulte. Nous avons souvent au contraire, ici « une symptomatologie indécise, variable suivant que la poussée se fait au maximum du côté du cerveau, du poumon ou des viscères abdominaux (1) », ailleurs une série de phénomènes banals, si banals que n'importe quoi suffisait à les justifier. Quel rôle n'a-t-on pas fait jouer au froid, à la dentition, aux vers intestinaux ! Combien de petits tuberculeux, même encore sont rangés sous la rubrique de l'athrepsie ! Nous devons nous rappeler que sous ce masque la tuberculose se cache souvent : nous devons apprendre à la découvrir. La constatation clinique de la splénomégalie nous devient alors d'un très utile secours. Une rate grosse accompagnant les symptômes dont nous venons de parler indique qu'une maladie infectieuse est en cause, et le plus souvent il faut bien le dire, ce sera la tuberculose.

Néanmoins le clinicien aura le décompte à faire de ce qui appartient à la phthisie et de ce qui revient aux autres

1. Queyrat, *loc. cit.*

maladies infectieuses qui peuvent frapper la première enfance. Ces maladies sont nombreuses et méritent qu'on rappelle ici leurs caractères différentiels.

Nous ne parlerons que pour mémoire des maladies aiguës : la fièvre typhoïde est rare à cet âge : la scarlatine et la variole se font d'habitude aisément reconnaître. La rougeole mérite une mention spéciale : est-ce la tuberculose faisant son entrée à l'occasion de la rougeole, est-ce un reste d'infection qui est en cause chez un enfant atteint de broncho-pneumonie post-rubéolique. La rate grosse fera pencher la balance du côté de la tuberculose, assombrissant ainsi un pronostic déjà bien sévère.

Le petit syphilitique héréditaire a aussi la rate grosse : c'est un fait sur lequel ont insisté Parrot (1), M. Lancereaux (2) en France, S. Gée (3) en Angleterre. Mais si la mégalosplénie doit compter ici comme élément de diagnostic, combien sont plus importants et plus caractéristiques les autres signes de la maladie. Sans parler des antécédents paternels ou maternels, l'époque de l'apparition des accidents vers le deuxième ou troisième mois, constitue déjà une bonne présomption. Puis viennent les signes objectifs : coryza, érythème de toute forme, papules, psoriasis plantaire et palmaire. Plaques muqueuses au pourtour de l'anus, sur les fesses et aux parties gé-

1. Parrot. *Bull. de la Société de Biologie*, 1872, p. 224.

2. Lancereaux. *Traité de la Syphilis*, Paris, 1886, p. 554.

3. S. Gée. *De l'augmentation de la rate dans la syphilis héréditaire et dans quelques autres maladies des enfants*. *The Lancet*, April. 1867, p. 459.

nitales. Enfin le faciès du petit malade : l'arc des sourcils rembruni 1 la peau du front colorée en gris sale, la lèvre supérieure gonflée, proéminente, fendillée, l'inférieure amincie, tendue, couverte de rhagades. De ce tableau tout enfant syphilitique présente au moins quelques traits qui le font reconnaître, restent les cas où il s'est fait un cumul de syphilis et de tuberculose : la phthisie alors court grand risque de passer inaperçue au moins jusqu'à l'autopsie.

C'est ce qui est arrivé dans le cas que nous rapportons (ob. XVI), où les signes de syphilis héréditaire tiraient si bien l'œil que la découverte de la tuberculose a été une véritable surprise d'autopsie. L'Hypertrophie de la rate aurait peut-être dû éveiller nos soupçons puisque, si l'on en croit Parrot (1), dès 4 mois la rate des petits syphilitiques héréditaires n'est plus grosse.

Le paludisme qu'il soit aigu ou chronique porte ses manifestations sur la rate du nouveau-né, comme sur celle de l'adulte. Aigu, ses accès fébriles intermittents n'échapperont pas au clinicien attentif. Mais chez le nouveau-né, c'est la forme convulsive, cholérique ou broncho-pneumonique qu'il revêt parfois, pouvant en imposer ainsi pour une invasion tuberculeuse. Le diagnostic importe dans ces cas, car si l'on n'intervient le dénouement peut être promptement fatal. La rate plus volumineuse dans l'impaludisme éclairera peut-être le médecin, mais la véritable pierre de touche sera la quinine. On pourra, on devra même parfois la prescrire à très fortes doses et pendant plu-

1. Parrot. *Syphilis héréditaire et rachitis.*, p. 63, p. 90.

sieurs jours : il faudra toujours y recourir dès qu'on pourra soupçonner que l'impaludisme est en jeu.

Le paludisme chronique et la tuberculose peuvent aisément être pris l'un pour l'autre. Amaigrissement, dyspepsie, alternatives de constipation et de diarrhée leur sont des symptômes communs. Le paludisme conserve néanmoins ses accès fébriles qui pour n'avoir plus leur régularité d'apparition ont encore cependant leur trois stades ; algidité, chaleur, sueur. Dans la cachexie paludique, d'après M. J. Simon, l'amaigrissement est extrême, l'enfant a perdu l'appétit, il présente des troubles généraux graves tels que l'anasarque ; enfin la rate est plus volumineuse que dans la tuberculose.

L'appareil symptomatique de la diphtérie, d'ordinaire si topique explique que nous n'ayons pas (au cas où la rate serait grosse chez un diphtéritique), à nous étendre longuement sur les éléments d'un diagnostic différentiel.

V

CONCLUSIONS

1° L'Hypertrophie de la rate cliniquement constatée par la percussion ou par la palpation, devient, dans le diagnostic de la tuberculose du nouveau-né, un symptôme précieux. D'autant plus précieux, qu'à cet âge, la phthisie, désormais démontrée fréquente, prend volontiers des allures d'infection générale, qui risquent de la laisser méconnaître.

2° Ce signe n'est pas pathognomonique ; mais il acquiert une grande valeur quand on a pu mettre hors de cause les grandes infections qui frappent la première enfance : syphilis, paludisme, fièvre typhoïde, diphtérie, toutes maladies avec lesquelles il faut compter sans doute chez le nouveau-né, mais beaucoup moins fréquemment qu'avec la phthisie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumé)

Service de M. Landouzy.

P..., Marie, 18 mois. Entre salle Valleix, n° 20, le 11 juillet 1888. Fille de tuberculeuse. Sort d'une rougeole il y a huit jours. Actuellement a de la fièvre, une soif vive. On lui trouve de la matité à droite, de la bronchophonie et des râles. Diarrhée jaune, vomissements de temps en temps.

Mort le 17 juillet.

Autopsie. — Poumon droit : adhérences entre le lobe moyen et inférieur. Noyau d'infiltration dans la partie inférieure du lobe moyen, petit abcès enkysté, zone d'infiltration tuberculeuse. Ganglions caséeux. Poumon gauche, rien.

Poids total 5 100 gr.

Foie 28 gr., il est gras.

Rate 20 gr., ferme.

Reins gros.

OBSERVATION II (résumé)

Service de M. Landouzy.

Blanche De... 5 mois 1/2. Salle Valleix, n° 10, entrée le 22 février 1888 avec toux et fièvre intense : malade depuis

huit jours. Râles nombreux dans toute la poitrine, diminution de sonorité. Diagnostic : broncho-pneumonie. Morte le 1^{er} mars.

Autopsie, cadavre assez potelé, ni érythème, ni ulcérations.

Poids 4 515.

Cerveau rien. Péricarde et cœur rien.

Poumons à droite dans le lobe inférieur, lésions de la broncho-pneumonie avec tubercules miliaires et infiltrés, entourant un noyau caséeux. Pléurite exsudative. Adénopathie trachéo-bronchique.

L'examen bactériologique démontre qu'il s'agit d'une pneumopathie bacillaire.

Rate 20 gr.

Foie 260 gr.; à la coupe teinte intermédiaire entre le foie gras et le foie amyloïde.

OBSERVATION III (résumé)

Service de M. Laodouzy.

P..., Marie, 9 mois. Salle Valleix, n° 4, entrée le 24 février 1888. Perte d'élasticité sous le doigt, matité, râles au sommet droit. Alternatives de constipation et de diarrhée, abattement. Diagnostic : Broncho-pneumonie et méningite. Morte le 17 février 1888.

Autopsie. — Cadavre non émacié, non éthisique, ni ulcérations, ni érythème.

Méninges : éméphalite tuberculeuse de la base.

Poumons. — A droite, pleurésie adhésive interlobaire,

au sommet noyau caséeux entouré de granulations et au-dessous infiltration grise.

A gauche congestion.

Adénopathie trachéobronchique avec caséification plus ou moins avancée des ganglions.

Cœur rien.

Foie gras, 230 gr., pas de granulations appréciables soit sous la capsule soit à la coupe.

Rate, 20 gr., grande, périsplénite : granulations du volume d'une grosse tête d'épingle, semis de granulations à la coupe.

Reins gras, une ou deux granulations dans la couche corticale.

Intestin grêle : quelques ulcérations du volume de lentille, circulaires, 3 ou 4 granulations.

Ganglions mésentériques gros, plus ou moins caséeux.

OBSERVATION IV (résumé)

Service de M. Landouzy.

P..., Georges, 19 mois. Entré salle Valleix, 20 bis, le 9 mai 1883. Respiration à type Cheynes-Stokes, dysphagie, inégalité pupillaire, convulsions toniques, nystagmus, raideur de la nuque. Diagnostic ; méningite tuberculeuse. Mort le 13 mai 1888.

Autopsie. — Œdème cérébral. Hydrocéphalie ventriculaire, exsudat jaune verdâtre dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur.

Granulations tuberculeuses de divers volumes dissé-

minées le long des sylviennes et surtout en avant de la protubérance et du bulbe.

Poumons. — Congestion des deux bases, pas d'adénopathie.

Foie un peu gros et gras, poids 320.

Rate grosse, longue, poids 40 gr.

Plaques de Peyer saillantes, rosées.

OBSERVATION V (résumé)

Service de M. Landouzy.

Aur..., Armand, 22 mois, salle Valleix, 17 bis. Entré le 8 juin 1888. Tuberculose chez ses ascendants. Nourri au sein par sa mère bien portante, jusqu'à 8 mois. A 18 mois il est pris de toux et maigrit. Pas de diarrhée, pas de convulsions. On lui trouve à son entrée à l'hôpital de la matité à droite de la poitrine et en arrière, une respiration soufflante et des râles sous-crépitaux. Il succombe à la cachexie tuberculeuse le 9 juillet 1888.

Autopsie. — Poids : 8565 gr.

Poumons : à gauche granulations disséminées, et infiltration au début. A droite au sommet quelques granulations, à la base caséification et ramollissement très avancés, ganglions péribronchiques d'un blanc mat avec foyer de ramollissement.

Foie : 700 gram. Absolument gras. Périhépatite supérieure.

Rate 41 gr., longue, grosse, périsplénite, quelques granulations.

Ganglions mésentériques volumineux, caséux à divers

degrés. Intestin grêle : quelques granulations. Plaques de Peyer rouges, tuméfiées.

OBSERVATION VI (résumé)

Service de M. Landouzy.

Le..., Alice, un an, salle Valleix, n° 13. Entrée le 30 janvier 1888. Diagnostic broncho-pneumonie de la base droite.

Le 10 février. — Symptômes méningitiques : fièvre, pouls rapide, constipation, vomissements, convulsions des quatre membres dans l'intervalle desquelles l'enfant a les membres supérieurs contracturés. Strabisme.

Mort le 16 février 1888.

Autopsie. — Poids 5315 gr.

Encéphale, rien autre chose que de la congestion. Foie gros, 230 gr. sclérose péri-lobulaire. Périhépatite sur la partie antéro-supérieure du lobe droit, à l'œil nu pas de granulations tuberculeuses.

Rate 20 gr. Ferme, pas de périsplénite, pas de granulations.

Intestin grêle : plaques de Peyer légèrement tuméfiées. Annexes utérins rien.

Poumon droit, foyer de broncho-pneumonie au sommet, ailleurs granulations tuberculeuses péri-bronchiques.

[OBSERVATION VII (Résumé)]

Service de M. Landouzy.

Ch..., Jeanne, un an; salle Valleix, n° 2. Entrée le 7 juillet 1888 avec l'aspect et le diagnostic d'athrepsie. Fille de mère vénitienne et tuberculeuse à la deuxième période. Est la deuxième enfant de sa mère âgée actuellement de 18 ans, et devenue enceinte pour la première fois à 15 ans 1/2. L'enfant a été nourrie au sein par sa mère; elle est malade depuis l'âge de cinq mois. Depuis cet âge-là elle n'a augmenté que d'une livre: elle a toujours de la diarrhée de couleur verte.

On lui trouve de la matité et de la perte d'élasticité sous le doigt au sommet du poumon droit. Respiration soufflante, toux brève, quelques râles crépitants. Fièvre. Mort le 11 juillet 1888.

Autopsie. — Cadavre blanc, maigre, émacié. Poids 3770 gr.

Poumons: à droite, rien. A gauche, dans le lobe inférieur, noyau caséux entouré d'une zone de congestion, et d'un semis de granulations. Les ganglions trachéo-bronchiques, à gauche seulement, sont gros, caséux, et quelques-uns contiennent une masse puriforme.

Foie, poids 270 gr., gras. Périhépatite à la face supérieure. Pas de granulations appréciables.

Rate 25 gr. Enganguee dans de la périsplénite. Deux granulations sur la face convexe, volumineuse.

Rein gras; granulations dans la substance corticale. Ganglions mésentériques volumineux, caséux.

Intestin grêle: Plaques de Peyer injectées, ulcérées, quelques granulations tuberculeuses au voisinage.

OBSERVATION VIII (résumé)

Service de M. Landouzy.

G..., François, 2 ans, salle Valleix, n° 7, entre le 24 avril 1888 pour oppression et toux quinteuse, malade depuis un mois ; peu de fièvre, conservation de l'appétit. Toux par accès, quinteuse ressemblant fort, moins la reprise, à la coqueluche. Crachats épais, crémeux, larges. Faciès un peu bouffi, pas d'albumine. A la base droite, matité, quelques râles et diminution du murmure vésiculaire. Diagnostic : Broncho-pneumonie droite. Toux coqueluchoïde. Mort le 27 avril après 12 accès de toux.

Autopsie. Poids 8220 grammes.

Foie 490 grammes. Perihépatite, granulations fines et grosses, disséminées dans le foie et sur le foie en abondance.

Rate. 40 grammes. Hauteur 0 m. 09. Longueur 0 m. 05. Péri-splénite, granulations grosses, aplaties, péri et intra-spléniques.

Reins. Granulations sous-corticales, quelques ganglions mésentériques gros.

3 ulcérations intestinales circulaires, lenticulaires avec quelques fines granulations.

Poumons. A gauche, de la congestion.

A droite, dans le lobe moyen, infiltration tuberculeuse avec dilatation bronchique englobée dans un ganglion caséeux.

Au niveau du hile ganglions gros, caséux, ramollis.

OBSERVATION IX (résumé)

Service de M. Landouzy.

Au... Julia, 3 mois 1/2. Entrée salle Valleix, n° 14, le 31 mars 1888. Symptômes méningitiques. Fièvre, convulsions toniques des quatre membres, cloniques du bras droit.

Morte le 13 avril.

Autopsie. — 5220. Cadavre beau, potelé.

Cerveau un peu lavé. Ventricules latéraux distendus, semis de granulations fines dans les deux scissures de Sylvius.

Ganglions trachéo-bronchiques tuméfiés, caséux quelques-uns ramollis.

Poumons : Granulations et infiltration surtout à droite. Foie 175 gr., semis de granulations sur les deux faces. A la coupe marbré, blanc laiteux et rouge pâle.

Rate : longue, 18 gr., une quinzaine de granulations sur les deux faces.

Ganglions mésentériques gros, caséux.

Plaques de Peyer, injectées, grosses, sans granulations.

OBSERVATION X (résumé)

Service de M. Landouzy.

Stol..., Louis, 1 an. Entré salle Valleix, n° 8, le 14 février 1888. Nourri au sein par sa mère acceptée comme

nourrice à l'hôpital Saint-Louis. Son père n'est pas bien portant, il tousse.

L'enfant a eu à 6 mois une bronchite : il n'a jamais été bien depuis. Il va plus mal depuis 4 jours : il se plaint de la tête et pleure souvent. Symptômes à son entrée : anorexie, fièvre, cris, maux de tête, vomissements, constipation, dilatation des pupilles, strabisme, convulsions. Diagnostic : méningite tuberculeuse.

Mort le 20 février 1888.

Autopsie. — Poids 7,365 : cadavre bon aspect, non émacié, pas d'érythème, ne paraissant pas avoir souffert.

Exsudat blanc jaunâtre dans l'espace arachnoïdien antérieur, granulations fines autour des branches de la sylvienne et sur la pie-mère. Pas de tubercule isolé, pas d'hydrocéphalie.

Poumons : infiltration sous-pleurale : un seul noyau caséeux ancien dans le lobe supérieur du poumon droit ; ce noyau est entouré de granulations et d'une zone congestionnée.

Ganglions trachéo-bronchiques infiltrés et caséeux.

Rate 46 gr. H. 0,10, largeur 0 m. 055. Granulations sur les deux faces. Pas de périsplénite.

Reins gras, granulations sous la capsule.

Plaques de Peyer injectées.

OBSERVATION XI (résumé)

Service de M. Landouzy

S..., Jean. Entre salle Valleix, le 23 août 1888, âgé de 15 jour. Il est né à terme. Sa mère a perdu 5 frères sur

9 de tuberculose : elle est bien portante et nourrit son enfant exclusivement au sein. L'enfant a de la conjonctivite purulente et du muguet : teinte subictérique. Il passe trois mois dans le service et meurt avec les allures d'un athrepsique.

Autopsie le 22 novembre 1888.

Liquide et adhérences dans les deux plèvres. Ganglions bronchiques caséux, gros comme des pois.

Pleurite interlobaire, pseudo-membranes, granulations pleurales. Noyau caséux blanc ferme. Noyau d'infiltration au sommet du lobe supérieur droit. Granulations disséminées dans le lobe supérieur gauche.

Foie 185 gr. Capsule de Glisson constellée de granulations grosses comme des têtes d'épingles. Tissu ferme, un peu gras.

Rate. Long. 0 m. 06, larg. 0 m. 05. Poids 30 gr. Périsplénite du bord antérieur et la face interne. Granulations fines sur la face externe.

Rein gauche : quelques granulations dans la substance corticale.

Intestin grêle : peu de plaques de Peyer.

OBSERVATION XII (résumé)

Service de M. Landouzy.

De..., Maurice, 9 mois. Entré salle Valleix, n° 3, le 9 mars 1888. Fils d'un père tousseur, la mère à antécédents héréditaires tuberculeux a déjà perdu un enfant de broncho-pneumonie avec convulsion; elle est mani-

festement phthisique et l'était probablement au moment où elle est devenue enceinte de notre petit malade qui est son quatrième enfant.

Elle a eu six grossesses et a fait deux fausses couches. L'enfant a été nourri au sein pendant 4 mois; à 5 mois sa mère fatiguée lui donne le biberon; il prend à ce moment la rougeole et dès lors commence à tousser. Symptômes à son entrée, le petit malade est pâle, en asphyxie; il prend assez bien le biberon, un peu de constipation, pas de vomissements. Pas de convulsions, mais mouvements fréquents de rotation de la tête; respiration difficile, assez souvent inspirations bruyantes. A la percussion; submatité aux bases et perte d'élasticité. Matité aux sommets, nombreux râles dans toute la poitrine. Thorax déformé. Mort le 18 mars.

Autopsie. — Poids 4340 gr.

Thorax: Adhérences pleurales doubles plus marquées à gauche. Fausses membranes pas vascularisées.

Ganglions trachéo-bronchiques caséeux.

Petit foyer caséeux à la base du poumon gauche, entouré d'un semis de granulations grises, grappe de granulations grises dans le lobe inférieur sans noyau de broncho-pneumonie.

Foie 190 gr., gras. Tubercules miliaires à la surface et à la coupe.

Reins. Tubercules miliaires peu nombreux dans la capsule.

Rate 20 gr. Tubercules à la surface.

Cœur rien.

Intestin ; gonflement des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, psorentérie.

OBSERVATION XIII (résumé)

Service de M. Landouzy.

G..., Françoise, 10 mois, salle Valleix, n° 3, entrée le 20 mars 1888.

Fille de mère tuberculeuse avérée (signes de ramollissement) ; l'enfant paraît bien portante et entre avec sa mère malade. Le 29 mars l'enfant meurt.

Autopsie. — Poids 5900.

Cerveau.

Intestins : Plaques de Peyer saillantes, une plaque bourgeonnante cratériforme, ulcéreuse.

Rale. — 25 gr. 1 granulation.

Reins. — rien.

Foie. — 260 gr.

Poumon droit ; lobe supérieur, noyau d'infiltration rouge-gris. 2 ganglions du volume d'une noisette qui commencent à se caséifier.

OBSERVATION XIV (résumé)

Service de M. Landouzy.

G..., Achille, 7 mois. Entré salle Valleix, n° 12, le 28 mars 1888, en pleine éruption rubéolique : malade depuis cinq jours. Forte fièvre, vomissements, diarrhée les jours précédents, mais disparue au moment de l'entrée. Un

peu de catarrhe oculaire, toux très fréquente sans quinte, submatité relative du poumon droit, râles des deux côtés, mais prédominants à droite.

Mort le 2 avril 1888.

Autopsie: poids 7 270 gr.

Adénopathie trachéo-bronchique à droite. Le poumon droit est congestionné et contient au centre de son lobe moyen une zone d'infiltration caséreuse.

A gauche broncho-pneumonie pseudolobaire dans le lobe inférieur: au milieu du lobe zone d'infiltration péri-bronchique grise.

Cœur rien.

Foie 320 gr., une dizaine de granulations.

Rate 80 gr., pas de périsplénite: granulations sur la face interne.

Granulations sur l'un des reins.

Intestin grêle: plaques de Peyer grosses.

Cerveau rien.

L'examen bactériologique pratiqué par a montré des microcoques disséminés dans les deux poumons, et des bacilles tuberculeux dans le poumon droit, et dans les ganglions caséeux.

OBSERVATION XV (résumé)

Service de M. Landouzy.

Terr..., Pauline, 14 mois, entrée salle Valleix, le 9 septembre 1888. La petite malade vient d'avoir la rougeole qui a débuté douze jours avant. Au troisième jour de sa

rougeole le médecin qui la soignait chez elle diagnostiqua une broncho-pneumonie et fit appliquer un vésicatoire. Au moment de son entrée la petite malade est très amaigrie, elle a perdu ses forces, sa fièvre est intense, elle tousse beaucoup, et a beaucoup de dyspnée. On lui trouve à droite de la submatité, de la perte d'élasticité sous le doigt, du souffle et de la bronchophonie. Respiration 60. Pouls 120. Température 39°,4. Mort le 12 septembre 1888.

Autopsie. — Poids 6345.

Foie 400 gr. pas la moindre granulation. Anémié.

Rate 30 gr. Rien.

Reins : congestion sous la capsule.

Dans le poumon droit noyaux de broncho-pneumonie pseudo-lomulaire dans le lobe inférieur et dans le lobe supérieur. Plaques de pleurite exsudative.

Dans le poumon gauche, broncho-pneumonie des 2/3 inférieurs.

Nulle part on ne trouve de granulation.

OBSERVATION XVI

(Syphilis héréditaire et tuberculose).

Recueillie par MM. Nicolle et Médail.

Examen microscopique par M. Nicolle, interne du service.

Service de M. Landouzy.

Marie Émilie, 4 mois, salle Valleix, n° 25. Entrée le 25 septembre 1888. Syphilitique héréditaire.

Sa mère a eu d'un autre père deux enfants bien portants : s'est bien portée elle-même jusqu'au cinquième mois de sa grossesse. Dès cette époque elle maigrit et

accuse une certaine faiblesse. Douleurs ostéocopes avec gonflement sous le genou gauche et au côté droit du front. Roséole sur les cuisses, le ventre et la partie inférieure de la poitrine. Pendant le sixième mois, plaques vulvaires et œdème des grandes lèvres. Elle accouche au septième mois : après l'accouchement tous les accidents disparaissent pour quelque temps et la malade se trouve beaucoup mieux. A son entrée à l'hôpital on lui trouve : Adénopathie généralisée, alopecie et croûtes dans les cheveux, psoriasis plantaire et palmaire, plaques muqueuses du pharynx, de la langue, des lèvres, de la vulve et de l'ombilic.

Au poumon un peu de faiblesse, du murmure vésiculaire.

Le père a eu il y a trois ans un chancre et deux bubons (un de chaque côté) suppurés et ouverts : actuellement il subsiste deux larges cicatrices. Rien autre n'a été noté par lui depuis lors, tant au point de vue des signes physiques, que des signes fonctionnels.

L'examen dénote quelques ganglions axillaires et deux ganglions épitrochléens.

L'enfant, né à sept mois. Pendant le premier mois bonne santé quoique un peu chétif.

Le deuxième mois, quelques troubles digestifs (constipation, ballonnement). Au début de ce mois, petits boutons sur la région fessière, saignant facilement : A la consultation de St-Antoine, on ordonne de la liqueur de Van-Swieten et des bains d'amidon. Les boutons durent huit jours.

A la fin du mois, selles régulières, diminution du volume du ventre.

Le troisième mois, les forces reviennent, bonne santé pendant tout ce mois.

Le quatrième mois, pendant les trois premières semaines, état général mauvais. Émaciation. Un médecin consulté conseille un vomitif et des frictions avec de la « pommade grise » frictions que la mère a continuées jusqu'à maintenant. Le médecin conseille aussi à la mère de cesser l'allaitement (vu sa santé et la diminution de son lait) mais l'enfant ne voulant pas prendre le biberon, la prescription n'est pas exécutée.

Il y a une dizaine de jours éruption de boutons à marche progressive presque exclusivement limitée aux membres inférieurs. La mère s'est aperçue il y a 5 ou 6 jours, seulement que son enfant avait des plaques à la langue. Mais quand le médecin l'avait examiné (il y a 10 jours) la cuiller avait fait saigner la langue.

Depuis ses frictions l'enfant va deux ou trois fois par jour à la selle, mais ne vomit pas.

Tousse depuis une dizaine de jours (quinte de coqueluche). La sœur âgée de 5 ans a commencé de tousser en coqueluche quelques jours avant lui. N'a jamais eu de convulsion.

Examen à l'entrée. — Émaciation considérable avec gros ventre.

Éruptions cutanées : à peu près uniquement aux membres inférieurs et à la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Elles sont de deux sortes.

1° Papules de volume variable (d'une grosse tête d'épingle à une lentille) violacées avec une aréole plus pâle.

Certaines ont une collerette épidermique, d'autres, un point purulent minime au centre.

2° Indurations profondes irrégulières de 1 cent. $1\frac{1}{2}$ a 2 cent. de largeur en moyenne. A leur niveau en certains points petites tumeurs ramollies, fluctuantes, violacées, en d'autres points papules pures et simples. En tous cas ces éléments surajoutés ne correspondent pas à la totalité de l'induration. Les indurations siègent aux deux genoux, à la fesse et au mollet gauche.

De plus, la cuisse gauche est empâtée, volumineuse ; il y a élévation de la température locale. Les surfaces articulaires du genou semblent augmentées de volume. Le mouvement d'extension de la jambe gauche sur la cuisse est incomplet, même quand on insiste pour le produire. Il n'y a que deux jours que la mère a constaté les indurations et les troubles dans les mouvements du genou. Au niveau de tous les points des membres inférieurs malades, on ne constate aucune douleur.

Ganglions. — Nulle part on ne les trouve pris.

Rate. — La percussion ne donne aucun renseignement. La palpation permet de sentir l'organe qui descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal, et que l'on prend très bien entre les doigts. La largeur paraît mesurer trois travers de doigt.

Foie. — La percussion donne un travers de doigt au-dessus et au-dessous du rebord costal. Rien à la palpation.

Poumon. — En arrière et en avant percussion négative.

En arrière inspiration rude; en avant inspiration sibilante : rien de plus.

Bouche. — Deux plaques muqueuses à la pointe de la langue, une à la partie moyenne de la lèvre inférieure. Pas d'ulcération au niveau du frein. Rien d'anormal dans le pharynx.

Le 27 septembre. — Ces points où l'on avait remarqué les indurations avec tumeurs fluctuantes sont ramollis dans leur totalité, par les incisions faites à leur niveau, il s'écoule un liquide gris-brun très fluide avec des gouttes huileuses à tous les foyers. Par la pression, le pus étant avancé on fait sortir un bourbillon jaune-clair de tissu sphacélé. Tous ces foyers sont sous-cutanés. La jambe gauche, à peine oedématiée hier, offre une enflure notable aujourd'hui.

Le 30 septembre. — Mort à 2 heures du matin sans rien de spécial.

Autopsie: Poids total. — 2 kil. 825.

Foie. — 190 gr. Congestionné avec stéatose par nodules à localisation porto-biliaire mais beaucoup plus nets par points (où la couleur n'est pas seulement pâle mais dorée). Granulations assez nombreuses. Densité augmentée. Vésicule affaissée contenant un peu de bile ambrée.

Rate 34 gr. — Un peu inégale à sa surface avec épaissement capsulaire dense. Augmentée de volume. A la coupe à noter seulement un petit nodule purulent près de son extrémité inférieure.

Reins. — (Gauche 24 gr. Droit 24 gr.) Semblent seulement pâles dans leur région corticale. 1-2 granulations à la surface du rein droit.

Intestin grêle. — Légère saillie des plaques de Peyer sans psorentérie.

Ganglions mésentériques. — Modérément tuméfiés.

Testicules. — Rien d'anormal. Épididymes jaune-clair, spongieux comme à l'état normal.

Fémur gauche. — Épaississement ostéiforme et régulier du périoste d'où gaine cylindrique osseuse surajoutée à l'os lui-même et séparée de lui par un sinus presque ininterrompu.

Encéphale. — Noter seulement une petite masse caséiforme du volume d'un gros pois irrégulière, molle, située à la partie supérieure de l'hémisphère droit dans la zone frontale.

Langue. — On y voit encore à la pointe 3 plaques muqueuses. Rien d'autre à noter.

Cœur. — 24 grammes. A relever seulement la présence de deux nodules sphériques transparents admis et interposés entre la sphéroïdienne postérieure et la sphéroïdienne droite de l'aorte. Comme aspect ils ne diffèrent points des nodi d'Arantius voisins (Rien au péricarde).

Poumon gauche. Lobe supérieur. — Moitié supérieure infiltrée de matière caséreuse séparée par place par des bandes de tissu scléreux de teinte laiteuse.

Poumon gauche. Lobe inférieur. — Moitié inférieure grande caverne allant de la surface au hile, adhérente par sa coque aux deux plèvres fusionnées et à l'aide de celles-ci à la paroi thoracique. Cette caverne paraît vide, à surface sèche, peu granuleuse. Une branche importante de l'artère pulmonaire la traverse et s'y bifurque.

Poumon gauche. Lobe inférieur. — Sur un fond de splé-

nisation *type* mélange de noyaux broncho-pneumoniques et de tubercules petits, nacrés, dont on retrouve les analogues sous la plèvre.

Poumon droit. — Splénisation respectant une grande partie du lobe supérieur. Mélange de noyaux broncho-pneumoniques et de granulations d'autant plus abondantes qu'on descend plus vers la base. Encore ici granulations superficielles sous-pleurales.

(Avant de les ouvrir les *deux poumons* se présentaient sous forme de blocs solidifiés, durs, rouges (chair musculaire) avec un dépoli de leur face inférieure et de leurs parties déclives dû à un certain degré de *pleurite pseudo-membraneuse*).

Prédominant à gauche.

Ganglions trachéobronchiques. — Tuméfiés, caséeux (Pulpe de marron d'Inde). Un seulement est couvert et un foyer purulent limité par une coque fibreuse (c'est un ganglion qui *paraît tributaire de la caverne*).

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE L'ENFANT SYPHILITIQUE ET TUBERCULEUX.

Poumon gauche. — Lésions classiques de la pneumonie caséuse. Tubercules pneumoniques *types* essentiellement irréguliers de forme et de volume, avec les deux zones ordinaires, etc.

Cœur. — Pas de lésions des fibres musculaires, pas de sclème interfasciculaire.

Foie. — Nombreux nodules à répartition exclusivement

porto-biliaire de place en place, sans rapport avec les tubercules, adipore péri-porto-biliaire toujours modérée, mais très variable suivant les points, remarquant ici, atteignant là un certain nombre de lobules biliaires voisins. En dehors de ces deux lésions aucune modification appréciable dans les éléments cellulaires ou vasculaires.

Rein.— Semble absolument sain, sauf un ou deux nodi-tuberculeux par coupe, localisés à la gaine des vaisseaux de la voûte vasculaire.

Rate. — Farcie de follicules tuberculeux. Tous les corpuscules de Malpighi sont énormément tuméfiés et montrent tous les intermédiaires entre une infiltration embryonnaire pure et simple (rare) ou combinée à la présence de un ou deux follicules (pas très souvent non plus) et la transformation en un tubercule massif (cas ordinaire).

Langue. — Indemne de tubercules.

Inoculations faites par M. Nicolle, interne du service.

1° Cobaye, (fille de mère inoculée le 4 septembre 1888, à la narine droite avec la rate de Émile Albert, née après l'inoculation).

Morte le 10 décembre 1888 dans la nuit. Autopsie le 11 au matin. Poids 150 grammes. Poumons et cœurs sains. Foie, rate, tube digestif, ganglions mésentériques farcis de tubercules.

2° Cobaye inoculée à la vulve le 4 septembre 1888. Morte le 2 janvier 1889. Autopsie le même jour,

Foie, rate, poumons pleins de tubercules. Tube digestif indemne macroscopiquement.

— Ganglions inguinaux et sous maxillaires tuméfiés et caséeux

— (Une quinzaine de jours après l'inoculation, une ulcération légère, reposant sur une base très dure s'était montrée à la vulve. Cette ulcération accompagnée d'adénopathie bilatérale, avait augmenté peu après de volume. Elle offrait un aspect sec, déchiqueté, atone et avait finalement acquis le volume d'une grosse noisette. Les ganglions s'étaient peu à peu tuméfiés, formant chaîne et l'engorgement dans les derniers jours s'était montré aussi au niveau du cou, léger il est vrai en ce point).

Nous avons cru intéressant de publier cette observation avec les inoculations positives auxquelles elle a donné lieu. On peut y constater ce fait sur lequel M. Landouzy (1) a plus d'une fois appelé l'attention, « l'analogie d'évolution de la tuberculose du nouveau-né, et de la tuberculose expérimentale. »

OBSERVATION XVII (résumé)

Service de M. Landouzy.

M..., Berthe, 6 mois, salle Valleix, 15. Fille de mère variolisée et vénitienne, et de père bien portant. Entre à l'hôpital le 27 juin 1888 avec sa mère qui est atteinte de fièvre typhoïde. L'enfant paraît bien portante : elle a été jusqu'ici nourrie au sein par sa mère. Elle meurt le 6

1. Communication au congrès de la tuberculose, Juillet 1888.

septembre 1888 après avoir eu pendant deux ou trois jours un peu de toux, de la fièvre et de la diarrhée.

Autopsie. — 5315 gr.

Poumons : à gauche rien. A droite, lobe inférieur recouvert tout le long de son bord postérieur et de sa face externe de pseudo-membranes fibrino-purulentes. Les deux tiers inférieurs sont constitués par un foyer caséeux dont une partie est ramollie. Broncho-pneumonie pseudo-lobaire caséeuse. Dans le hile droit, en bas, ganglion tout à fait caséeux, du volume d'un gros pois : en haut, ganglion allongé de 0 m. 03, contenant un caséum blanc jaunâtre.

Foie 235 gr.

Rate 30 gr. Pas de granulation tuberculeuse.

Reins sains.

OBSERVATION XVIII

Prise par MM. Nicolle et Médail. Examen microscopique par M. Nicelle.

Service de M. Landouzy.

Ch..., Joachim, 20 mois. Salle Valleix, n° 10. Père bien portant ; la mère a au moins une sœur morte à 33 ans tuberculeuse. Elle même a déjà perdu trois enfants sur cinq dont un de méningite, et l'autre d'entérite. Personnellement elle paraît bien portante. L'enfant a eu à 14 mois une éruption de boutons, mal caractérisée, sur tout le corps. A seize mois, c'est-à-dire au mois de mars 1888, il y a 4 mois, il vient une première fois à la salle Valleix où il reste quelques semaines pour une broncho-pneu-

monie gauche : toux, râles fins, vomissements, diarrhée fièvre, dyspnée. En août 1888 : nouveau séjour, nouvelle broncho-pneumonie, cette fois à droite : il sort amélioré. Il rentre de nouveau le 10 octobre 1888. Résultat de l'examen ce jour-là : c'est un enfant assez gros, mais à chairs flasques, à teint très pâle : les cheveux et les cils sont très longs. Il a de temps en temps de la cyanose momentanée : cris, dyspnée intense, toux fréquente. Au moment où on l'examine un peu de calme qui est plutôt de l'abattement.

Auscultation : en avant des deux côtés, râles muqueux moyens, principalement inspiratoires, variant d'un moment à l'autre.

En arrière dans les deux fosses sus-épineuses râles muqueux moyens, principalement inspiratoires.

Au deux bases : matité assez prononcée, et perte d'élasticité sous le doigt, souffle presque uniquement inspiratoire à type pleural avec retentissement du cri, et crépitations directes et fines jusqu'en bas. Fièvre, pouls rapide.

Le 15 octobre soir : un peu plus calme, moins d'oppression.

Auscultation : en avant mêmes signes. En arrière : respiration faible en bas, et ronchus lourds en haut, du côté gauche.

A droite, à la partie supérieure, sonorité normale, ronchus sourds comme de l'autre côté. A la partie inférieure, encore de la matité mais sur une surface peu étendue. Souffle uniquement expiratoire, aigre, avec retentissement du cri, et râles sous-crépitants très fins à l'inspiration.

Le 22 au soir. — Tousse beaucoup, un peu plus depuis la veille. L'enfant n'avale pas ses crachats, et sa mère réussit à les lui faire rejeter.

L'auscultation ne donne rien d'anormal en avant ni en arrière à gauche. A droite, sonorité normale dans toute la hauteur, quelques râles en haut, en bas le souffle très amoindri se laisse à peine percevoir à cause du retentissement égophonique du cri. Dans l'aisselle droite, râles plus fins, sous-crépitants, se faisant entendre au premier temps, et dans toute la hauteur. Retentissement égophonique du cri. Quelques râles sous-crépitants moyens, sourds aux environs.

Le 27 novembre au soir. En arrière, dans la fosse sus-épineuse et sous-épineuse, à gauche, souffles et respiration caverneuse sans râles; à droite en bas, râles sous-crépitants, moyens, sonores, également répartis aux deux temps, bien rythmés, avec souffle surtout inspiratoire et retentissement égophonique de la voix.

En avant, respiration soufflante. Sous les aisselles mêmes signes qu'en arrière.

Depuis quatre jours l'expectoration est assez abondante, puriforme, peu aérée, rappelant le liquide des cavernes, mais moins formé que celui de l'adulte. Cris, toux quinteuse, coqueluchoïde.

Mort le 31 octobre.

Autopsie. — Encéphale rien.

Poumons : ganglions trachéo-bronchiques, formant des masses énormes, susceptibles de comprimer fortement les bronches, notamment à gauche où un amas de ganglions intra-bronchiques fait saillie sous la plèvre qui sépare les

deux lobes. Tous ces ganglions sont caséux ou tuberculeux à divers degrés.

Dans les deux poumons, granulations miliaires assez nombreuses, splénisation et probablement aussi atélectasie augmentant de haut en bas, complète à peu près dans les deux lobes inférieurs.

La partie moyenne des deux poumons contient un assez grand nombre de lobules emphysémateux.

Cœur hypertrophié.

Foie congestionné, muscade, deux ou trois granulations à la surface.

Reins congestionnés : substance corticale un peu pâle et opaque : pas de tubercules sensibles.

Rate. Hypertrophie modérée. Corpuscules de Malpighi très nets.

Ganglions mésentériques, modérément tuméfiés, quelques-uns caséiformes.

Plaques de Peyer tuméfiées : psorentérie.

Examen microscopique.

Rate, infiltration embryonnaire des corpuscules de Malpighi qui se détachent nettement du reste du tissu de la rate qui ne présente pas de tuberculose. La recherche des bacilles dans les diverses coupes, par le procédé d'Erlich, reste négative.

Rein sain.

Poumon, en dehors des points où on voit des tubercules, l'examen histologique confirme le diagnostic fait de splénisation.

OBSERVATION XIX (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

R..., âgé de 14 mois, entre aux Enfants Assistés, service de M. le Dr Sevestre, le 20 novembre 1837.

Tuberculose pulmonaire chronique ; râles et matité au sommet droit. Le reste du poumon est normal. Les autres viscères sont normaux.

L'enfant est très amaigri. La rate ne paraît pas augmentée de volume à la percussion, on ne la sent pas à la palpation.

L'enfant meurt le 16 décembre.

Autopsie. — Les deux poumons sont infiltrés de tubercules. Il existe une légère adénopathie trachéo-bronchique ; un ganglion est caséeux, les autres viscères sont normaux.

Rate normale d'aspect, mais poids 42 grammes.

OBSERVATION XX (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

Em..., âgé de 4 mois, entre le 21 décembre 1836, Salle Vulpian, lit n° 20, service de M. le professeur Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine.

Tuberculose pulmonaire : râles généralisés. Submatité aux deux sommets. Forme disséminée ; cachexie, amaigrissement, tympanisme, diarrhée bilieuse fréquente. La rate n'est pas perceptible.

Mort le 23 décembre.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire à granulation disséminée.

Tuberculose péritonéale. Foie gras. Rate d'aspect normal, poids 28 grammes. Sans péricapnrite, sans tuberculose.

OBSERVATION XXI (résumé)

Communiquée par M. Lesage.

Enfant de 5 mois observé aux Enfants-Assistés en décembre 1887.

Diagnostic : tuberculose pulmonaire. Cachexie.

La rate n'est pas perceptible cliniquement. A l'autopsie tuberculose pulmonaire sous la forme de noyaux de broncho-pneumonie, adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Rate 25 gr., ne présente rien de spécial.

OBSERVATION XXII (résumé)

Communiquée par M. Lesage.

Enfant de 6 mois, observé en janvier 1888, aux Enfants Assistés.

Entre à l'hôpital en pleine cachexie tuberculeuse avec souffle en divers points, et râles muqueux disséminés.

Autopsie. — Noyaux de broncho-pneumonie dans les deux poumons, adénopathie trachéo-bronchique. Rate pèse 32 grammes.

OBSERVATION XXIII (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

Wall..., née le 16 octobre 1887, entrée le 22 novembre 1887 (âgée d'un mois), aux Enfants-Assistés, dans le service de M. le Dr Sévestre.

Râles de bronchite généralisée, matité aux deux sommets en avant et en arrière. Cachexie, amaigrissement. Ventre normal. Rate apparaît à la percussion, semble augmentée de volume : matité mesure 3 travers de doigt. La palpation ne donne rien.

Autopsie. — Broncho-pneumonie tuberculeuse.

Rate infiltrée de tuberculose avec péricapnité. Poids 30 grammes.

OBSERVATION XXIV

Communiquée par M. Lesage, interne des Hôpitaux.

P..., Ferdinand, né le 5 juillet 1886, entré le 23 octobre 1887, aux Enfants-Assistés, service de M. Sevestre.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire. On note en effet dans les poumons :

Matité au sommet droit, en avant et en arrière.

Sommet gauche normal.

A l'auscultation : souffle au sommet droit. Occupant le tiers supérieur du poumon.

Quelques râles sous-crépitaux à la base.

Poumon gauche : respiration normale. Quelques râles disséminés, surtout à la base.

Cachexie, amaigrissement.

Les fonctions cérébrales sont normales. Foie et estomac normal. Quelques régurgitations de temps à autre. L'appétit est augmenté.

Fréquemment, l'enfant présente, sans cause appréciable, des accès de diarrhée bilieuse, qui durent de cinq à dix jours. Dans les périodes de calme, les fonctions intestinales sont normales. Ventre tympanisé, sonore, ferme à la palpation.

Par suite du tympanisme du ventre, on ne peut palper la rate. A la percussion, la rate est apparente, donne de la matité dans une étendue de trois travers de doigt. Il semble exister une augmentation de volume de cet organe.

La tuberculose pulmonaire évolue d'une façon lente jusqu'au 21 novembre, date de la mort de l'enfant. Durant cette évolution, les symptômes changent peu. La fièvre persiste, oscillant entre 38° et 39°.

Autopsie. 22 novembre. — Broncho-pneumonie tuberculeuse du sommet droit. Petite caverne au sommet. Infiltration diffuse de tuberculose dans le reste du poumon. Quelques tubercules disséminés dans le poumon gauche.

On note sur les parties latérales du cou, un gros ganglion suppuré.

Les ganglions du hile sont augmentés de volume un d'entre eux est manifestement caséeux.

L'estomac et l'intestin sont normaux. Les ganglions mésentériques sont normaux. Le foie est gros. Pas de tu-

bercules apparents. La vésicule biliaire contient une grande quantité de bile très verte.

La rate est augmentée de volume, infiltrée de tubercules ; on note de ces derniers, à la surface de l'organe. Poids 54 grammes. Les autres viscères sont normaux.

OBSERVATION XXV (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

B..., Louise, née le 12 septembre 1887, entrée le 21 novembre 1887, aux Enfants-Assistés, n° 5 834, service de M. le Docteur Sevestre.

Symptômes. Cachexie, amaigrissement, enfant à type atrepsie. Absence de troubles digestifs.

Quelques vomissements de temps en temps, d'origine : vice d'alimentation.

Abdomen normal, mou, sans tympanisme, pas d'adénite méésentérique, estomac normal. Foie normal.

La lésion dominante siège au poumon.

Matité dans 1/4 inférieur du poumon gauche.

Sonorité dans le reste des poumons.

Au niveau de l'induration, souffle au milieu.

Rales sous-crépitaux à la périphérie.

Quelques râles sous-crépitaux disséminés dans le reste du même poumon.

Toux légère, dyspnée très marquée. R. 68 par minute, absence d'expectoration.

Temp. : 21 novembre 87 = matin 38° 5, soir 40°.

Pouls : 110-120.

Diagnostic. — Tuberculose localisée aux poumons.

Les autres viscères sont normaux.

La rate n'est pas accessible à la percussion. Légère submatité à son niveau, difficile à apprécier. La palpation ne permet pas de la sentir.

Conclusion : rate normale (cliniquement parlant).

Durée de la maladie, 6 jours après son entrée à l'hôpital.

Résistance de la fièvre et des lésions pulmonaires.

Autopsie. — 27 novembre.

Viscères normaux, sauf le poumon.

Le poumon gauche est infiltré de tubercules, ceux-ci sont plus abondants et plus nombreux à la base, sous la forme d'un bloc de broncho-pneumonie, à forme pseudo-lobaire.

Poumon droit. Quelques tubercules au sommet.

Absence de bronchopneumonie. Les ganglions du hile sont plus gros qu'à l'état normal, on note dans deux d'entre eux des points nettement tuberculeux.

La tuberculose paraît localisée aux poumons.

La rate est normale, pèse 10 grammes.

OBSERVATION XXVI (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

Jean Pr..., âgé de 6 mois, entre le 6 octobre 1886, salle Vulpian, lit n° 6, service de M. le Professeur Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine.

Enfant amaigri, cachectique. — Tuberculose pulmonaire

des plus évidentes. — Râles sous-crépitaux disséminés dans l'étendue des deux poumons, — gargouillement au sommet droit, — matité aux deux sommets. — Les autres viscères sont normaux. — La rate examinée au point de vue de la palpation, ne dénote rien d'anormal. — La percussion montre que la région splénique semble plus étendue qu'à l'état normal. — Le ventre n'est pas tympanisé.

Mort le 16 octobre. — Noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse aux deux sommets des poumons, — adénopathie tuberculeuse péribronchique. — La rate est notablement hypertrophiée, entourée d'une couche de périssplénite tuberculeuse. — La coupe de l'organe montre quelques tubercules disséminés çà et là dans l'organe,

Poids: 48 grammes.

OBSERVATION XXVII (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

Em..., Louise, âgée de 4 mois, entrée le 21 décembre 1886, salle Vulpian n° 20, service de M. le Professeur Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire et troubles digestifs, relevant probablement de la tuberculose.

D'après les renseignements donnés par la mère, l'enfant serait malade depuis un mois.

A son entrée, on constate que tout le poumon gauche présente de la matité à l'auscultation, souffle d'induration très net dans le 1/3 supérieur.

Râles de bronchite dans les 2/3 inférieurs.

Dans le poumon droit, submatité au sommet, sonorité dans le reste de l'organe, à l'auscultation, râles de bronchite disséminés et généralisés dans toute l'étendue du poumon.

Cerveau normal. — Foie et estomac normaux.

Ventre tendu, tympanisé, douloureux à la pression.

Diarrhée bilieuse, sans vomissement, 5 à 6 selles journalières. Le développement de l'abdomen empêche la palpation de la rate. La percussion montre que la rate n'est pas perceptible, toute la région splénique présente du tympanisme.

Durant 2 jours de séjour à l'hôpital, l'enfant présente de la fièvre, oscillant entre 40° et 39°.

Il meurt le 23 décembre, dans le dernier degré de marasme.

Autopsie le 24. — Les deux poumons sont le siège d'une tuberculose des plus évidentes. Cette tuberculose présente le type de broncho-pneumonie dans le sommet droit et dans tout le poumon gauche.

La rate est normale: 22 grammes. — On n'y constate pas de tubercules.

Le foie paraît gros: la vésicule contient 60 grammes environ d'une bile très verte. — L'estomac est normal. L'intestin ne présente aucune altération (la diarrhée bilieuse paraissant ressortir à l'état du foie); il est seulement tympanisé.

Les autres viscères sont normaux.

OBSERVATION XXVIII (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

D..., âgée de trois mois. Entrée le 28 octobre 1886, salle Vulpian, n° 17, hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Hayem, Bronchite généralisée ; matité aux deux sommets en avant et en arrière. Tympanisme, diarrhée, vomissements.

Rate se laisse déceler par la percussion qui donne deux travers de doigt de matité : rien à la palpation.

Autopsie le 11 décembre.

Poumons infiltrés de granulations tuberculeuses : quelques foyers de broncho-pneumonie disséminés — Noyaux caséux aux deux sommets.

Rate augmentée de volume, infiltrée de granulations. Poids 40 gr.

OBSERVATION XXIX (résumé)

Communiquée par M. Lesage, interne des hôpitaux.

Enfant de 5 mois : tuberculose pulmonaire à noyaux de bronchopneumonie du sommet gauche — Quelques tubercules au sommet droit. Les autres viscères sont normaux. *La rate* est augmentée de volume : 26 grammes, on ne

note rien d'anormal à sa surface, à la coupe on voit disséminés des petits points grisâtres irréguliers, qui ressemblent à des tubercules. Mais l'examen histologique démontre que ce sont des petits nodules de sclérose simple non tuberculeuse.

Vu : le Président de la thèse
POTAIN

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

